

چالش‌های روان‌شناختی - اجتماعی ناباروری از دیدگاه زنان ایرانی: یک مطالعه کیفی

هانیه ظریف گلبار یزدی^۱، حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف^{۲*}، حسین کارشکی^۳، ملیحه امیریان^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۱۲/۰۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۴/۰۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: گرچه ناباروری یک وضعیت پزشکی محسوب می‌گردد، اما ابعاد و پیامدهای آن از حوزه زیستی و جسمی فراتر رفته و دارای ابعاد و پیامدهای روان‌شناختی - اجتماعی نیز می‌گردد. این امر در خصوص زنان، با توجه به مقتضیات فرهنگی - اجتماعی حاکم بر جامعه ایرانی، اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. هدف از مطالعه حاضر، کشف چالش‌های روان‌شناختی - اجتماعی ناباروری از دیدگاه زنان ایرانی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع کیفی و به روش داده‌بنیاد می‌باشد. داده‌ها از طریق انجام مصاحبه عمیق با ۳۳ نفر از بانوان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقاتی - درمانی ناباروری میلاد و مراکز بهداشتی - درمانی شهر مشهد جمع‌آوری گردید. فرایند جمع‌آوری داده‌ها تا حصول اشباع نظری ادامه یافت. مصاحبه‌ها، با رضایت قبلی مشارکت‌کنندگان ضبط گردید. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر به روش استراوس و کوربین و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA انجام گرفت.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های صورت گرفته با مشارکت‌کنندگان منجر به پدیدار شدن سه طبقه اصلی میکروسیستم، مزوسیستم و ماکروسیستم و ۱۲ زیر طبقه چالش هیجانی و عاطفی، چالش جسمانی، چالش اطلاعاتی، ارتباط با همسر، ارتباط با خانواده، ارتباط با دوستان، تأثیر جامعه و فرهنگ، تأثیر مذهب و تأثیر سیستم کلان اقتصادی گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: تشخیص و درمان ناباروری تجربه‌ای دشوار برای زنان محسوب می‌شود که تأثیرات آن علاوه بر ایجاد چالش‌های فردی همچون شوک ناشی از تشخیص و افسردگی، بر روابط اجتماعی با اطرافیان همچون همسر، خانواده و دوستان و نیز جهان‌بینی زنان نابارور تأثیر می‌گذارد. هریک از این مضامین مطرح‌شده، می‌تواند به‌عنوان یک هدف درمانی بالقوه در نظر گرفته‌شده و برای طراحی مداخلات درمانی بکار روند.

کلیدواژه‌ها: ناباروری، چالش‌های روان‌شناختی - اجتماعی، کیفی، تئوری داده‌بنیاد

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره ششم، پی‌درپی ۱۳۱، شهریور ۱۳۹۹، ص ۴۵۹-۴۴۷

آدرس مکاتبه: دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران، تلفن: ۰۹۱۵۳۰۱۲۵۶۰

Email: aghamohammadian@um.ac.ir

مقدمه

بیشتر زوجین طی ۱۲ ماه نخست موفق به تحقق چنین امری می‌شوند، اما حدود ۱۷ درصد از آن‌ها با مشکل عمده‌ای به نام ناباروری روبه‌رو خواهند شد (۳).

از نظر علم پزشکی، ناباروری به‌عنوان ناتوانی برای باردار شدن پس از یک سال آمیزش منظم (حداقل یک‌بار در هفته) و بدون استفاده از هرگونه روش پیشگیری از باروری گفته می‌شود (۴).

لحاق و سپس زایمان یک نوزاد سالم، حادثه‌ای مهم در زندگی هر زوج محسوب می‌شود. والد شدن، مرحله مهمی از رشد روانی - جنسی و اجتماعی زنان و مردان محسوب می‌شود و مشخص‌کننده بسیاری از اهداف آن‌ها در آینده و تکمیل‌کننده نیاز آن‌ها است (۱)، (۲). تحقیقات نشان می‌دهند طی دوران جوانی و میان‌سالی حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد زنان و مردان در پی داشتن فرزند هستند. اگرچه

^۱دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
^۲استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)
^۳دانشیار گروه روانشناسی مشاوره و تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
^۴دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

ناباروری می‌تواند به دو شکل ناباروری اولیه^۱ و ناباروری ثانویه^۲ رخ دهد. ناباروری اولیه به این معناست که یک زن هرگز باردار نشده است و ناباروری ثانویه زمانی رخ می‌دهد که یک زن در گذشته باردار شده است اما در حال حاضر قادر به بارداری نیست (۵). گزارش‌ها حاکی از آن است که در سراسر جهان، ۱۸۶ میلیون نفر از ناباروری رنج می‌برند که اکثریت آنان، از کشورهای در حال توسعه هستند (۶). طبق تحقیقات انجام‌شده در ایران، میانگین کلی ناباروری ۱۳/۲ درصد گزارش شده است (۷).

گرچه ناباروری یک وضعیت پزشکی محسوب می‌گردد، اما ابعاد و پیامدهای آن از حوزه زیستی و جسمی فراتر رفته و دارای ابعاد و پیامدهای روان‌شناختی نیز می‌گردد (۸). به‌طور کلی شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان نابارور تقریباً دو برابر بیشتر از زنان بارور در پژوهش‌ها گزارش شده است. نتایج تحقیقات نشان داده است که ناباروری افراد را مستعد افسردگی و اضطراب با شدت بالا می‌کند. بروز رفتارهای تکانشی و خشم‌های پراکنده، احساس درماندگی، احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، اضطراب و تشویش، باورهای منفی نسبت به خود، نگرانی در مورد جذابیت جنسی، احساس طردشدگی، شکایت‌های جسمی و همچنین اشکال در روابط زناشویی و تمایلات جنسی و تکلیفی قلمداد کردن آن به دلیل بی‌حاصلی و بسیاری از مشکلات روانی دیگر از جمله مواردی هستند که به دنبال تشخیص ناباروری، از سوی محققین گزارش شده‌اند (۹، ۱۰).

ناباروری تنها یک مشکل پزشکی یا روان‌شناختی نیست، بلکه به دلیل عدم توانایی در ایفای یکی از نقش‌های اساسی اجتماعی - والد بودن - یک مشکل اجتماعی نیز محسوب می‌شود. ناباروری برای زوج‌هایی که قادر به داشتن فرزند نیستند می‌تواند ویران‌کننده باشد و تأثیر ویژه‌ای بر زنان دارد. نداشتن فرزند یا داشتن فرزند کمتر نسبت به آنچه مورد انتظار زوجین، خانواده یا فرهنگ یک جامعه خاص است، می‌تواند یک مشکل ساختاری اجتماعی با پیامدهای اجتماعی قابل‌ملاحظه‌ای باشد (۱۱). به همین علت است که پیامدهای روان‌شناختی ناباروری، در هر کشوری، با توجه به مقتضیات فرهنگی آن کشور، متفاوت است. ناباروری برای زنان، در بسیاری از فرهنگ‌ها ننگ تلقی می‌شود (۱۲). داشتن فرزند در کشورهای در حال توسعه به دلایل مختلف اجتماعی، فرهنگی و مذهبی بسیار مهم‌تر از کشورهای توسعه یافته است. در کشورهای توسعه یافته، نداشتن فرزند امری شخصی محسوب شده و ناباروری داوطلبانه تلقی می‌شود (۱۳)؛ اما در کشورهای در حال توسعه (و

⁴ health economics

⁵ catastrophic expenses

⁶ lived experience

¹ primary infertility

² secondary infertility

³ crisis of infertility

متخصص زنان، زایمان و نازایی، ۱ روانشناس مستقر در مرکز، ۴ نفر از همسران زنان نابارور و ۲ نفر از مادران زنان نابارور مشارکت داشتند. علاوه بر این، برای درک بهتر تجربه زیسته زنان نابارور تلاش شد تا مشارکت کنندگان نماینده طیف وسیعی از افراد از نظر سابقه کار، مدت زمان ابتلا به ناباروری، سطح تحصیلات، میزان درآمد، محل و منطقه زندگی باشند.

ابزار اصلی جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش، مصاحبه عمیق بود. پس از نصب اطلاعیه مشارکت در پژوهش در مراکز درمانی - بهداشتی، نخستین مشارکت‌کننده که تصور می‌شد تمایل به همکاری داشته و قادر به برقراری ارتباط مناسب با مصاحبه‌کننده و صحبت درباره احساسات و عواطف شخصی خود باشد، دعوت به مصاحبه گردید. معیار خروج، عدم تمایل مشارکت‌کننده برای همکاری در پژوهش بود. سپس به تدریج، مشارکت‌کنندگان بعدی نیز انتخاب شدند. از هر مشارکت‌کننده درخواست می‌شد تا اگر همسر و یا خویشاوندان درجه یک (همچون مادر، همسر و ...) خود را که تمایل به شرکت در پژوهش دارند، معرفی نماید. همچنین تلاش شد تا مصاحبه‌هایی با پرستاران و پزشکان شاغل در مراکز درمان ناباروری انجام پذیرد. مدت زمان مصاحبه‌ها ۷۰-۴۰ دقیقه و وابسته به جریان و موقعیت مصاحبه بود. تلاش شد تا مصاحبه‌ها در همان مرکز درمانی، و در محیطی خلوت، آرام و در شرایط مساعد صورت گیرند. در پایان هر مصاحبه از مشارکت‌کننده خواسته می‌شد تا اگر حرف و سخنی باقیمانده است، بیان نماید و پس از تشکر و قدردانی با وی در خصوص احتمال انجام مصاحبه‌های بعدی نیز صحبت شد. کلیه مصاحبه‌ها، با رضایت قبلی مشارکت‌کننده ضبط و سپس کلمه به کلمه نگاشته شدند تا مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرند. در کنار انجام مصاحبه، یادداشت‌های میدانی حاوی تفسیرها و برداشت‌های مصاحبه‌کننده از روند مصاحبه، محیط مصاحبه و واکنش‌های غیرکلامی فرد مشارکت‌کننده در حین انجام مصاحبه تهیه و در حین تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

قطعاً یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های فراروی پژوهشگران کیفی، چگونگی اطمینان از کیفیت و مورد اعتماد بودن پژوهش است (۱۸). در این پژوهش تلاش شد تا به چهار معیار موثق بودن داده-های کیفی و تجزیه و تحلیل آن‌ها، یعنی قابلیت اعتبار^{۱۰}، قابلیت انتقال / انتقال‌پذیری^{۱۱}، قابلیت اطمینان^{۱۰}، و قابلیت تأیید^{۱۱} توجه شود. برای رسیدن به هدف قابلیت اعتبار، تلاش‌هایی صورت گرفت از جمله: صرف زمان زیاد برای هر مصاحبه، ضبط مصاحبه‌ها (با اخذ

رایج کمی قابل تبیین نیست و تحقیقات کیفی، قابلیت و توانایی بیشتری، در شناخت عمیق پدیده‌ها و تجربه‌های درونی دارند. در این راستا، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این خلاء تحقیقی شکل گرفته است و به دنبال شناسایی ابعاد و پیامدهای روان-شناختی-اجتماعی ناباروری زنان بر اساس رویکرد داده بنیاد^۷ است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر به روش کیفی و از نوع داده بنیاد در سال ۱۳۹۸ انجام شد. یکی از مهم‌ترین انواع تحقیقات کیفی که مبتنی بر مشارکت و استفاده از تجارب گروه‌های شرکت‌کننده در تحقیق است، روش داده بنیاد (تئوری زمینه‌ای) است. روش داده بنیاد، روشی ایده‌آل برای پژوهش در حوزه‌هایی است که دانش اندکی درباره آن‌ها در دسترس است. در این روش، پژوهشگر با ذهنی باز پژوهش را آغاز می‌کند و مقوله‌ها و موضوعات را از درون داده‌ها استخراج می‌نماید.

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بانوان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقاتی-درمانی ناباروری میلاد و مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد می‌باشد که با هدف درمان ناباروری خود (ناباروری با علت زنانه) مراجعه نموده و دارای شرایط ذیل بودند: ۱- فاصله سنی ۲۰ تا ۵۰ سال؛ ۲- داشتن حداقل دو سال سابقه ناباروری بعد از ازدواج (به دلیل گذراندن بحران تشخیص)؛ ۳- نداشتن سابقه بستری در بخش روان‌پزشکی؛ ۴- نداشتن سابقه جدایی و ازدواج مجدد؛ ۵- داوطلب شرکت در پژوهش و پر نمودن فرم رضایت مربوطه. در این مطالعه، تلاش گردید تا مشارکت-کنندگانی انتخاب شوند که در زمینه ناباروری دارای تجربیات غنی بوده و علاوه بر، علاقه‌مندی به مشارکت، توانایی بیان واضح احساسات خود را داشته باشند. به منظور بررسی همه‌جانبه موضوع و نیز دسترسی بیشتر به تجربه زیسته زنان نابارور، علاوه بر زنان نابارور، مصاحبه‌هایی با اعضای خانواده (به‌خصوص همسر)، پرستاران، پزشکان و روانشناسان مستقر در مرکز ناباروری نیز صورت پذیرفت. برای انتخاب نمونه از جامعه مذکور، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. نمونه‌گیری هدفمند به انتخاب آزمودنی‌هایی اشاره دارد که حداکثر اطلاعات ممکن درباره پاسخ به سؤالات مورد نظر را ممکن می‌سازند (۱۷). در این پژوهش، فرایند گزینش نمونه‌ها و جمع‌آوری داده‌ها تا حصول اشباع نظری داده‌ها ادامه یافت. نهایتاً در مطالعه حاضر، ۳۳ نفر شامل ۱۹ زن نابارور، ۵ پرستار، ۲ پزشک

¹⁰ consistency or dependability

¹¹ neutrality or conformability

⁷ grounded Theory

⁸ credibility

⁹ transferability

باز، کدگذاری محوری و کدگذاری گزینشی انجام گرفت. کدگذاری باز، فرایندی تحلیلی است که از طریق آن، مفاهیم شناسایی شده و ویژگی‌ها و ابعاد آن‌ها در داده‌ها کشف می‌شوند (۱۹). در مرحله دوم، برای کدگذاری محوری، پژوهشگر یک مقوله کدگذاری باز را انتخاب می‌کند، آن را (به‌عنوان مقوله یا پدیده اصلی) در مرکز فرایند مورد بررسی قرار می‌دهد و سپس سایر مقوله‌ها را به آن مرتبط می‌کند. سومین مرحله از کدگذاری شامل کدگذاری گزینشی (انتخابی) است. در این مرحله، پژوهشگر به تکوین نظریه‌ای درباره رابطه میان مقوله‌های به دست آمده در الگوی کدگذاری محوری می‌پردازد (۲۰). همچنین لازم به ذکر است برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار MAXQDA^{۱۳} نسخه ۱۰ استفاده شد.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل یافته‌ها با استفاده از روش استرواس و کوربین به ۱۲ مضمون فرعی و ۳ مضمون اصلی منجر شد که در جدول ۱ نمایش داده شده است.

رضایت قبلی مشارکت‌کنندگان)، پیاده‌سازی دقیق آن‌ها و خواندن مکرر مصاحبه‌ها، بهره‌گیری از نظرات و پیشنهادات تکمیلی همکاران جهت تأیید و اصلاح صحت کدها و طبقات استخراج شده، بازگرداندن یافته‌های مطالعه حاضر به شرکت‌کنندگان و جویا شدن نظرات آن‌ها درباره هماهنگی یافته‌ها با تجربیات شخصی‌شان. همچنین در این پژوهش تلاش شد تا با فراهم نمودن توصیفات مبسوط از یافته‌ها، از جمله ذکر جملات و مفاهیم کلیدی بیان شده توسط شرکت‌کنندگان، زمینه برای قضاوت و ارزیابی دیگران، در راستای قابلیت انتقال، فراهم شود. پژوهشگران از اقداماتی همچون بازبینی توسط اعضا و تحلیل همکاران برای رفع سوءتفاهم‌های احتمالی و نیز دستیابی به قابلیت اطمینان بهره بردند. در این پژوهش تلاش شد حداقل امکان از ورود پیش‌فرض‌های پیشین در روند پژوهش و به ویژه نتیجه‌گیری اجتناب شود و با حفظ مستندات و رونوشت کتبی از پاسخ‌های شرکت‌کنندگان حاضر در پژوهش به تضمین قابلیت تأیید کمک شود. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر به روش استرواس و کوربین^{۱۲} و بر اساس سه مرحله تحلیل داده‌ها از طریق کدگذاری

جدول (۱): مضامین اصلی و فرعی شناسایی شده

مضمون اصلی	مضمون فرعی
میکرو سیستم	چالش هیجانی و عاطفی چالش جسمانی چالش اطلاعاتی
مزو سیستم	ارتباط با همسر ارتباط با خانواده ارتباط با دوستان
ماکرو سیستم	تأثیر جامعه و فرهنگ تأثیر مذهب تأثیر سیستم کلان اقتصادی

به نظر می‌رسد نخستین چالشی که زنان نابارور پس از تشخیص اولیه نازایی خود با آن روبه‌رو می‌شوند چالش هیجانی و عاطفی است. بررسی عمیق مصاحبه‌ها نشان داد این چالش خود شامل زیرطبقاتی همچون شوک ناشی از تشخیص، ظهور مفهوم مادرانگی، افسردگی و ترس از آینده‌ای مجهول و نامعلوم است. معمولاً نخستین واکنش پس از خیردار شدن از تشخیص ناباروری، شوک و انکار مسئله است. اغلب زنان، به تشخیص پزشک و مهارت او در تشخیص شک کرده

مضمون اصلی ۱: میکروسیستم

اولین موضوعی که در تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها به دست آمد، چالش‌های فردی بود که زنان نابارور تجربه می‌کردند. این مضمون کلی که میکروسیستم نام گرفت، شامل سه طبقه فرعی (۱) چالش هیجانی و عاطفی، (۲) چالش جسمانی و (۳) چالش اطلاعاتی بود.

مضمون فرعی ۱: چالش هیجانی و عاطفی

¹³ Qualitative Data Analysis

¹² Strauss, A. L., & Corbin, J.

"حتی از فکر کردن به آینده هم می‌ترسم. دخترعموم بچه‌دار نمی‌شده، سرش هوو آوردن. می‌ترسم عاقبت منم مثل اون باشه." (مشارکت‌کننده ۴۰ ساله، ۱۸ سال سابقه ناباروری)

مضمون فرعی ۲: چالش جسمانی

منظور از چالش جسمانی، تحمل درمان‌ها و مداخلات پزشکی است که در حوزه ناباروری، اکثراً بر روی زنان انجام می‌گیرد. از آنجایی که مطالعه حاضر، مصاحبه‌ها فقط با زنانی که خود علت ناباروری بودند (و همسرانشان سالم بودند)، صورت گرفت، مبحث جسمانی و درگیری زنان در فرایند درمان از اهمیت بیشتری برخوردار گشت. بررسی عمیق مصاحبه‌ها نشان داد این چالش خود شامل زیرطبقاتی همچون ترس و شرم مداخلات پزشکی و عوارض مداخلات پزشکی است.

"هربار که می‌رم مطب و معاینه میشم یا سونوگرافی داخلی میرم، آب میشم از خجالت." (مشارکت‌کننده ۲۹ ساله، سابقه ۶ سال ناباروری)

مفهوم اولیه دیگری که در چالش جسمانی ناباروری از سوی زنان مطرح می‌گردد عوارض مصرف داروها است که جزء اجتناب-ناپذیر درمان‌های پزشکی محسوب می‌شود.

"من وقتی داروی اصلیم رو می‌خورم، ورم می‌کنم. یه بار اینقدر ورمم شدید بود که یک هفته به خاطرش بستری شدم." (مشارکت‌کننده ۲۶ ساله، سابقه ۴ سال ناباروری)

مضمون فرعی ۳: چالش اطلاعاتی

سومین چالشی که زنان نابارور که پس از تشخیص ناباروری و عموماً به صورت فردی با آن مواجه می‌شوند، چالش اطلاعاتی است. نابسندگی اطلاعات و یا فقر اطلاعاتی در خصوص ناباروری و راه‌های درمان آن، عدم دسترسی به منابع درست اطلاعاتی علمی، کسب اطلاعات از منابع نامعتبر که گاهی اوقات از عدم اطمینان به پزشک نیز سرچشمه می‌گیرد، از دیگر مشکلات عمده زنان نابارور می‌باشد. "وقتی دکتر گفت اندومترئوز داری، من اصلاً نفهمیدم یعنی چی. فک کردم خطرناکه و دارم می‌میرم." (مشارکت‌کننده ۳۸ ساله، سابقه ۴ سال ناباروری)

عدم ارتباط مناسب با پزشک سبب می‌شود اغلب زنان شرکت‌کننده در این پژوهش، برای افزایش خودآگاهی خود از محتوای عمومی و غیرتخصصی تلویزیون و اینترنت استفاده کنند. این امر سبب می‌شود آنان در برابر حجم انبوهی از اطلاعات قرار گیرند. این امر علاوه بر این‌که، بر سردرگمی آنان در فرایند درمان می‌افزاید، حتی گاهی باعث به انحراف کشیده شدن روند درمان نیز می‌شود.

"من همش تو اینترنت سرچ می‌کنم. همه‌ی اثر داروها و عوارضشون رو می‌خونم. البته گاهی اشتباه هم پیش میاد. مثلاً یه

و با آشفتگی فراوان، به دنبال پزشک حاذقی می‌گردند که تشخیص اولیه را رد نموده و بر سلامت کامل آنان صحنه گذارد. عباراتی همچون "اصلاً باور نکردم"، "خیلی به‌هم ریختم"، "شوکه شدم" و ... نخستین جملاتی است که از سوی زنان نابارور برای توصیف واکنش خود به ناباروری استفاده می‌شود.

"شوکه شدم خانوم. حاضر بودم هزارتا مرض دیگه داشته باشم الا همین نازایی." (مشارکت‌کننده ۲۸ ساله، سابقه ۵ سال ناباروری)

ناباروری و آرزوی شدید والد شدن (پدر یا مادر شدن) به شدت درهم تنیده هستند. هنگامی که از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا درباره تجربه ناباروری خود صحبت کنند، تقریباً همه‌ی آن‌ها در مورد افکار و احساساتشان درباره مادر بودن و معنای آن سخن گفتند. در حقیقت، صحبت درباره ناباروری و عدم توانایی در داشتن فرزند، فرصتی را برای مشارکت‌کنندگان فراهم ساخت تا درباره آرزوها و نیز نیاز خود به مادر شدن صحبت کنند. برای نشان دادن این مفهوم، عمداً کلمه «ظهور» انتخاب شده است؛ زیرا که اغلب شرکت‌کنندگان بیان کردند بعد از تشخیص ناباروری بود که فهمیدند مادر بودن برایشان چه معنایی دارد و پی به ارزش واقعی آن در زندگی خود بردند.

"من هیچ‌وقت قبلاً راجع به این موضوع که ممکنه نابارور باشم، فکر نکرده بودم. وقتی فهمیدم نابارورم، تازه فهمیدم چقدر دوست دارم مادر بشم. فهمیدم چقدر مادر بودن مهمه." (مشارکت‌کننده ۲۷ ساله، ۷ سال سابقه ناباروری).

پس از گذراندن دوره تروماتیک مواجهه با تشخیص ناباروری، زنان معمولاً با امیدواری پای به فرایند درمان می‌گذارند. فرایند درمانی که ممکن است چندین سال به طول بیانجامد در این مرحله، اغلب زنان عنوان می‌کنند که پزشکان، آنان را به ادامه درمان تشویق می‌کنند. بعضی از زنان، این تشویق پزشکان را علمی و دلسوزانه می‌دانند و برخی آن را به انگیزه‌های اقتصادی (پول دوستی) و کسب شهرت توسط پزشکان نسبت می‌دهند. با نتیجه بخش نبودن فرایند درمان و صرف هزینه و وقت زیاد، زنان نابارور، ناامید شده و از علایم افسردگی همچون خلق پایین، عدم لذت و علاقه از فعالیت‌های روزمره و ارتباط با دیگران، احساس غم و اندوه فراوان، ناامیدی و بی‌انگیزگی خود سخن می‌گویند. ترس از آینده‌ای مجهول و نامعلوم، عامل دیگری است که از تجزیه‌وتحلیل مصاحبه با زنان نابارور استخراج می‌شود. پیش‌بینی ناپذیر بودن نتیجه درمان، لزوم تکرار چندباره فرایند درمان، حتی در صورت نتیجه‌بخش نبودن درمان‌های گذشته، فشار خانواده و جامعه، ترس از ازدواج مجدد همسر و طرد شدن از سوی او از جمله عوامل کلیدی است که در صحبت‌های این زنان به چشم می‌خورد.

آنان در برابر شرایط سخت و پیچیده درمان را کاهش داده و به مرور باعث غم و افسردگی شدید آنان می‌شود. دسته دوم زنان نابارور، در مقابل از دست دادن عشق و علاقه همسر خود، منفعل نبوده و به دنبال پیدا نمودن جانشین‌هایی برای بهبود روابط خود هستند. گرچه خود این زنان ابراز می‌دارند که چندان در این راه موفق نبوده‌اند، اما تلاش و میل به تغییر شرایط فعلی، آنان را نسبت به زنان دسته قبل، مقاوم‌تر ساخته و احساس افسردگی و غم کمتری را گزارش می‌کنند.

“من از وقتی فهمیدم بچه‌دار نمیشم، روابطم با شوهرم خیلی فرق کرد. خیلی سعی می‌کنم جو خونه رو تغییر بدم. صبح زود با هم می‌ریزم ورزش. بیشتر شبا با هم می‌ریزم پیاده‌روی. گاهی وقتا من اونو دلدار می‌دم بعضی موقع‌ها هم اون منو.” (مشارکت‌کننده ۳۷ ساله، سابقه ۶ سال ناباروری)

مضمون فرعی ۲: ارتباط با خانواده

از دیگر مفاهیم اولیه‌ای که در طبقه بزرگ مزوسیسستم (ارتباط با اطرافیان) قرار می‌گیرد، مبحث ارتباط با خانواده می‌باشد که خود شامل ارتباط با خانواده خود و ارتباط با خانواده همسر می‌باشد. اکثر مصاحبه‌ها، حاکی از ایجاد تنش‌های عاطفی و اجتماعی شدید پس از تشخیص ناباروری، در روابط اجتماعی زوجین با خانواده‌ها، و به‌خصوص خانواده همسر، بود.

نخستین موضوعی که در بررسی روابط اجتماعی زوجین با خانواده خود و همسر به چشم می‌خورد، تلاش برای پنهان کردن موضوع ناباروری است. مصاحبه‌ها حاکی از آن بود که زنان نابارور تلاش زیادی می‌کنند تشخیص ناباروری و به‌خصوص ناباروری زنانه، و یا به گفته خودشان، مقصر بودن خود در نداشتن فرزند را، از دیگران، و به ویژه خانواده همسر، پنهان کنند. خواسته‌ای که اغلب، از سوی همسر رد می‌شود و سبب ایجاد تنش و تعارض در خانه می‌شود. گاهی موضوع پنهان‌کاری چندان وسعت می‌یابد که به شدت زندگی زوجین و اطرافیان آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. طراحی نقشه‌های عجیب و راضی نمودن همسر برای مشارکت در آن، علاوه بر آن که خود سبب ایجاد فشار روانی وارده بر زنان نابارور می‌شود، تنش و درگیری را بین زوجین افزایش داده و اسباب نارضایتی آنان را فراهم می‌دارد.

“من به شوهرم گفتم حداقل یک سال اول رو به خانواده‌هاش نگه تا حداقل به بار IVF رو امتحان کنیم بعدش بگه. الکی گفتیم ما می‌ریزم مسافرت. اما بدشانسی که همون روز IVF دخترخاله شوهرمو تو کلینیک دیدم. همه فهمیدن دروغ گفتیم. بعدشم که به دعوی مفصل شد.” (مشارکت‌کننده ۲۸ ساله، سابقه ۵ سال ناباروری)

بار سرخود به دارویی رو استفاده کردم که برای تحریک تخمک-گذاری بود ولی وقتی رفتم دکتر دعوام کرد و گفت کلاً روند درمان رو بهم زدی و اشتباه خوردی.” (مشارکت‌کننده ۲۹ ساله، سابقه ۶ سال ناباروری)

مضمون اصلی ۲: مزوسیسستم

دومین موضوعی که در تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها به دست آمده، چالش‌هایی است که زنان نابارور در برقراری رابطه عاطفی و اجتماعی با اطرافیان خود اعم از همسر، خانواده همسر، خانواده خود و دوستان تجربه می‌کردند. این مضمون کلی اهمیت ارتباطات عاطفی و اجتماعی، مزوسیسستم نام گرفت که شامل سه طبقه فرعی ارتباط با همسر، ارتباط با خانواده و ارتباط با دوستان می‌باشد.

مضمون فرعی ۱: ارتباط با همسر

بدون شک مهم‌ترین ارتباط عاطفی-اجتماعی هر فرد متأهلی، ارتباط با همسر می‌باشد. بدیهی است تشخیص ناباروری در یک زوج، به صورت اجتناب‌ناپذیر، زوج دیگر را نیز درگیر می‌سازد. این درگیری هم به لحاظ نقش عاطفی و حمایتی از فرد نابارور، و هم به لحاظ نقش مشارکتی در فرایند درمان ناباروری اهمیت ویژه‌ای دارد. تمامی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، دوره‌ای از بی‌ثباتی به دنبال تشخیص ناباروری را در روابط بین خود و همسرانشان گزارش کردند. در معدودی از این موارد (دو مورد) این بی‌ثباتی مربوط به ابتدای دوره زمانی تشخیص ناباروری بوده و با گذشت زمان به فرایند مشارکت در درمان ختم شده و در اکثر موارد این بی‌ثباتی ادامه‌دار بوده و باعث مشکلاتی متعددی در زندگی زوجین نابارور شده است. بررسی عمیق مصاحبه‌ها نشان داد مضامین اولیه‌ای همچون از دست دادن عشق، تغییر در روابط زناشویی و احساس ناامنی در تداوم رابطه، در طبقه فرعی ارتباط با همسر، به‌عنوان مهم‌ترین ارتباط عاطفی-اجتماعی زنان نابارور، به دست آمد.

“ما زندگی خوبی داشتیم. اما این‌که بچه‌دار نمیشیم تأثیر خیلی بدی رو زندگیمون گذاشت. شوهرم دیگه مثل قدیم نیس.” (مشارکت‌کننده ۲۹ ساله، سابقه ۶ سال ناباروری)

واکنش زنان نابارور، به از دست دادن عشق همسر نیز می‌تواند به دو دسته کلی تقسیم نمود. دسته اول که شامل اکثریت زنان نابارور می‌شود، به دلیل حاکم بودن فرهنگ مردسالارانه در جامعه، کاملاً حق را به همسر خود داده و همنوا با همسر خود، شروع به سرزنش و تخریب خود می‌کنند. این زنان، ناباروری را عیب نابخشوندنی خود محسوب نموده و در درون خود، رفتارهای ناشایست همسر خود را تأیید می‌کنند. برای این زنان، همین که همسرانشان خواهان جدایی و طلاق نبوده، کفایت کرده و به زندگی بدون عشق و علاقه خو می‌کنند. گرچه تحمل چنین شرایطی، آستانه مقاومت

نشکته. این جور ترجمه‌هایی که می‌کنن از همه چیز بدتره." (مشارکت‌کننده ۳۹ ساله، سابقه ۱۰ سال ناباروری)

در طی مصاحبه‌ها مشخص گردید احساس غبطه و حسودی به دیگران معمولاً در تضاد با وجدان و انسان‌دوستی قرار می‌گیرد، و سبب افزایش تنش و نگرانی در زنان نابارور می‌شود. عده‌ای از آنان برای غلبه بر این احساسات بد خود، به سراغ اتخاذ راه‌حل‌های مذهبی و گاهاً خرافی می‌روند.

"من هروقت بچه‌های همسایه‌هامون رو می‌بینم زیر لب براشون وان یکاد می‌خونم که از شرچشم بد درامان باشن. نمی‌خوام حسودی کنم اما تموم همسایه‌هامون بچه‌دار شدن. هر دو سه سالی یه بچه میان، اما من تو حسرت یکی‌اش دارم این‌جوری می‌سوزم." (مشارکت‌کننده ۴۰ ساله، سابقه ۱۸ سال ناباروری)

مضمون اصلی ۳: ماکروسیستم

تأثیر ناباروری تنها بر زندگی شخصی فرد و کمیت و کیفیت ارتباطات اجتماعی او با اطرافیان خود (همسر، خانواده خود و همسر، دوستان و همکاران) محدود نمی‌شود؛ بلکه گستره وسیع‌تری از زندگی اجتماعی فرد و به دنبال آن، جامعه، را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. چنین موضوعاتی در این پژوهش، تحت عنوان کلی، ماکروسیستم، نام‌گذاری گردیدند که شامل بیرونی‌ترین لایه محیطی پیرامون فرد می‌شود. در حقیقت طبقه ماکروسیستم اشاره به ارزش-ها، قوانین، سنت‌ها و امکانات اقتصادی و رفاهی جامعه ایرانی دارد که گاهی به سود و گاهی به زیان زنان نابارور منجر می‌شوند. در این‌باره، در تجزیه و تحلیل عمیق مصاحبه‌ها با زنان نابارور شرکت‌کننده در این پژوهش، سه طبقه فرعی تأثیر جامعه و فرهنگ، تأثیر مذهب و تأثیر سیستم کلان اقتصادی شناسایی شده و در طبقه کلی ماکروسیستم جای گرفتند.

مضمون فرعی ۱: تأثیر جامعه و فرهنگ

تأثیر جامعه و فرهنگ بر ناباروری و مسائل جانبی ناشی از آن همچون مواجه شدن با تشخیص ناباروری، پذیرش ناباروری و فرایند پای نهادن در فرایند طولانی مدت درمان ناباروری، آن چنان گسترده است که سایر پیامدهای روان‌شناختی - اجتماعی ناباروری را نیز تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. به عبارت دیگر، می‌توان تأثیر جامعه و فرهنگ را همچون چتری تصور کرد که سایر پیامدهای روان‌شناختی - اجتماعی ناباروری در سایه این چتر، مجال بروز و ظهور پیدا می‌کنند. رد پای این قضیه را از همان نخستین روزهای تشخیص ناباروری می‌توان مشاهده نمود. ترس زنان نابارور از آشکار شدن تشخیص ناباروری و پی بردن اطرافیان به این مسئله، ترس از قضاوت و مورد سرزنش قرار گرفتن، تلاش بیهوده برای پنهان نمودن ناباروری و به‌خصوص علت زنانه آن، دخالت اطرافیان در این قضیه، ترس از فروپاشی زندگی خانوادگی و احساس ناخوشایند حقارت و

یکی دیگر از مهم‌ترین موضوعاتی که در خصوص واکنش خانواده‌ها به موضوع ناباروری است، دخالت، کنجکاوای دیگران در این مورد است که علت ناباروری مربوط به زن است یا مرد. اولین واکنش زنان، به دخالت و پرس و سؤال دیگران درباره ناباروری خود، معمولاً انزوای طلبی، قطع ارتباط و دوری از شرکت در مراسم‌های مختلف خانوادگی است. قضیه‌ای که به سادگی انجام‌پذیر نیست؛ چرا که معمولاً همسران این زنان، موافق نبوده و این امر خود جرقه تنش دیگری در محیط خانه را رقم می‌زند.

"من دوست دارم تنها باشم. خیلی از مهمونی‌ها رو نمی‌رم چون خیلی ازم سؤال می‌پرسن." (مشارکت‌کننده ۲۹ ساله، سابقه ۶ سال ناباروری)

دومین راهکار زنان برای برون‌رفت از این چالش ارتباطی با دیگران، که از سوی تعداد کمتری از زنان نابارور حاضر در این پژوهش ابراز گردید، دفاع از خود و دادن پاسخ‌های صریح به دیگران است که در اغلب اوقات، با رنجش دیگران همراه بوده و به نوبه خود، می‌تواند همانند واکنش قبلی، کم شدن یا قطع کلی ارتباط با دیگران را به همراه داشته باشد.

"من اوایل جواب نمی‌دادم. اما الان هرکی ازم بپرسه جوابشو می‌دم. خیلی راحت می‌گم این موضوع مربوط به خودمونه و خصوصیه. یه عده‌ای بهشون برخورد و ناراحت شدن. منم دیگه باهاشون رفت و آمد نکردم." (مشارکت‌کننده ۲۹ ساله، سابقه ۶ سال ناباروری)

مضمون فرعی ۲: ارتباط با دوستان

چالش ناباروری، تأثیر خود را بر کلیه روابط اجتماعی فرد برجای می‌گذارد. ناباروری، تشخیص و فرایند درمان آن، علاوه بر این‌که، ارتباط فرد با همسر و خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد، سایر روابط اجتماعی فرد را نیز متأثر می‌سازد. گرچه روابط اجتماعی زنان نابارور با دوستان، نسبت به روابط با همسر و خانواده، در وهله دوم اهمیت قرار می‌گیرد، به‌طوری که بسیاری از زنان مشارکت‌کننده در این پژوهش بیان داشتند به دلیل درگیری در فرایند درمان ناباروری و فشار روانی و اجتماعی حاصله از آن، روابط با دوستانشان را به حداقل رسانده‌اند؛ با این حال، نمی‌توان از تأثیرات عمده ناباروری بر روابط اجتماعی با دوستان نمی‌توان به سادگی گذشت. در این خصوص بررسی مصاحبه‌ها و تجزیه و تحلیل عمیق آن‌ها منجر به استخراج مضامین اولیه‌ای همچون احساس آزاردهنده ترجم و دلسوزی، احساس غبطه و حسودی شد.

"من کلاً روابطم رو با دوستانم قطع کردم. حوصله هیچ کدومشون رو ندارم. یه بار یکی از دوستای نزدیکم حامله بود و تا نزدیکی زایمانش از من پنهون کرده بود. که مثلاً به حساب خودش من دلم

ناباروری می‌تواند به شدت اقتصاد خانواده را تحت تأثیر خود قرار دهد. هزینه‌های بالای درمان و مداخلات پزشکی از یک سو و عدم پوشش مناسب ناباروری از طرف شرکت‌های بیمه‌گذار از سوی دیگر، همواره دو چالش اقتصادی عمده پیش‌روی زوجین نابارور است. تردید در اثربخشی درمان‌ها، موضوع دیگری است که زوجین جوان را بر سر دو راهی پرداخت هزینه‌های گزاف درمان ناباروری به امید اثربخشی و یا صرف‌نظر از درمان قرار می‌دهد. چالشی که عموماً به افزایش تنش و درگیری بین زوجین منجر می‌شود.

"هزینه‌ها خیلی زیاده. بعضی داروها گرون و باید مدت طولانی بخوری و بیمه هم قبول نمی‌کنه." (مشارکت‌کننده ۳۱ ساله، سابقه ۶ سال ناباروری)

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر شناسایی چالش‌های روان‌شناختی - اجتماعی ناباروری از دیدگاه زنان ایرانی بود که بدین منظور در این مطالعه، از روش کیفی با رویکرد داده بنیاد استفاده گردید. یافته‌های این پژوهش نشان داد می‌توان چالش‌های روان‌شناختی - اجتماعی پیش‌روی زنان نابارور ایرانی را در سه مضمون اصلی: میکروسیستم، مزو سیستم و ماکروسیستم طبقه‌بندی نمود.

طبقه میکروسیستم شامل تجربه چالش‌هایی است که معمولاً زنان نابارور به صورت فردی در فرایند تشخیص و درمان ناباروری، آن را تجربه می‌کنند و شامل مضامین فرعی همچون چالش هیجانی و عاطفی، چالش جسمانی و چالش اطلاعاتی است. در این خصوص، نتایج پژوهشی نشان داده‌اند که گرچه عوامل روان‌شناختی نمی‌توانند علت اصلی ناباروری باشند، اما می‌توانند تحت تأثیر فرایند تشخیص و درمان ناباروری قرار گرفته و سلامت روانی فرد را مورد تهدید قرار دهند (۲۱، ۲۲). مشاهدات بالینی و همچنین ادبیات تحقیق نشان می‌دهند که واکنش نسبت به ناباروری با عکس‌العمل‌های منفی شدیدی همراه است (۲۳). ناباروری با بحران‌ها و تنش‌های هیجانی مانند افسردگی، اضطراب، مشکلات بین فردی، خشم سرکوب شده، ناامیدی، احساس حقارت و احساس گناه همراه می‌شود. ۵۰ درصد زنان نابارور، ناباروری را چالش‌برانگیزترین موضوع زندگی خود قلمداد می‌کنند (۲۴)، به‌طوری که تحقیقات نشان می‌دهند سطح اضطراب و افسردگی زنان نابارور مشابه زنان مبتلا به

طرد همگی تحت تأثیر اهمیت فرزندان شدن در جامعه ایرانی قرار دارد. هرچند جامعه ایرانی، از جهاتی همچون گسترده بودن خانواده‌ها و همدلی و همراهی با فرد بیمار، امکان حمایت عاطفی و روانی را از زنان نابارور فراهم می‌سازد؛ اما همچنان دیدگاه منفی نسبت به عدم پذیرش ناباروری (خصوصاً از سوی خانواده همسر و اغلب در مورد ناباروری زنانه) وجود دارد. یکی از مهم‌ترین موضوعاتی که در این قسمت می‌توان به آن اشاره نمود، مبحث استیگما (انگ اجتماعی) می‌باشد. در مساله‌های همچون ناباروری، گستره انگ، فراتر رفته و خانواده (شامل اقوام درجه یک و دو) را نیز درگیر خود می‌سازد. یکی از زنان نابارور در این خصوص می‌گوید:

"من یک خواهر کوچک‌تر از خود دارم. از وقتی همه فهمیدن من بچه‌ام نمی‌شه، خواستگاری خواهرم کم شده." (مشارکت‌کننده ۳۱ ساله، سابقه ۶ سال ناباروری)

مضمون فرعی ۲: تأثیر مذهب

مذهب و فرهنگ در جامعه ایرانی چنان در هم تنیده هستند که کشیدن خط و مرز دقیق بین این دو، عملاً امکان پذیر نمی‌باشد. به‌عنوان نمونه، ریشه بسیاری از موارد استیگما را می‌توان در عقاید مذهبی مردم جستجو نمود. در خصوص تأثیر مذهب بر زنان نابارور، به دو مرحله عمده خشم معنوی و سپس پذیرفتن سرنوشت مقدر شده می‌توان اشاره نمود. فرافکنی علت ناباروری به خداوند و مسائلی همچون امتحان و آزمایش الهی و عقوبت گناهان در ابتدا سبب برانگیخته شدن خشم زنان نابارور می‌شود. سؤال "چرا من؟" معمولاً رایج‌ترین سوالی است که این زنان از خود می‌پرسند و در اغلب موارد بدون پاسخ باقی می‌ماند.

"من دائم از خودم می‌پرسم از بین این همه آدم، چرا من فقط باید نازا باشم؟ می‌گن انتخاب خداست، خب چرا من انتخاب شده باشم؟ گناه من چی بوده این وسط؟" (مشارکت‌کننده ۲۹ ساله، سابقه ۶ سال ناباروری)

به نظر می‌رسد باقی ماندن در این چالش به میزان بسیار زیادی به پیشینه مذهبی خانوادگی فرد و شدت اعتقادات مذهبی خود وی بستگی دارد. زنان با اعتقادات مذهبی بالا معمولاً با پذیرفتن سرنوشت مقدر شده از سوی خدا با این مساله کنار می‌آیند. اما دسته دوم، که به مراتب تعداد کمتری دارند، همچنان به خاطر سرنوشت خود، خداوند را مقصر قلمداد کرده و از او به خاطر چنین سرنوشتی، خشمگین و عصبانی باقی می‌مانند.

"بچه‌دار نشدن آزمایش خداست. اصلاً دست بنده‌های خدا نیست. دکترها هم واسطه‌ان این وسط. به جنگ خدا هم همیشه رفت. من اینو دیگه قبول کردم و الان آرام ترم نسبت به یکی دو سال قبل." (مشارکت‌کننده ۳۷ ساله، سابقه ۶ سال ناباروری)

مضمون فرعی ۳: تأثیر سیستم کلان اقتصادی

درمان را ندارد، تنش و نگرانی کمتری چه در پذیرش اولیه تشخیص ناباروری و چه در طی فرایند درمان متقبل می‌شود. علاوه بر این، ارتباطات او با همسر، خانواده و دوستان کمتر دچار تعارض و تنش شده و می‌تواند سرمایه روانی خود را بر فرایند درمان متمرکز نماید و دغدغه مسائل جانبی را نداشته باشد.

ناباروری برای زنان، در بسیاری از فرهنگ‌ها ننگ تلقی می‌شود (۱۲). در این فرهنگ‌ها، هدف نهایی ازدواج برای اغلب زنان، باروری است یعنی به دنیا آوردن فرزندی که می‌توانند میراث و نام خانوادگی را ادامه داده و اصل و نسب خانواده را حفظ نمایند. در چنین جوامعی کودکان اغلب به‌عنوان عصای دست کهن‌سالی والدین نگریده می‌شوند؛ بنابراین دور از انتظار نیست که مادری به‌عنوان مهم‌ترین نقش یک زن که رابطه‌ای عمیق با هویت زنانه او دارد، در نظر گرفته می‌شود. حتی در مورد درمان‌هایی مانند اهدای گامت، خطر تأثیرات اجتماعی را نمی‌توان نادیده گرفت. یک تحقیق نشان داده است که چگونه زنان ایرانی که مجبور به استفاده از کمک شخص سوم برای درمان ناباروری شده‌اند (اهدای گامت یا رحم جایگزین) با عوارض منفی همچون سوء استفاده عاطفی و جسمی، ترک همسر و طلاق روبه‌رو شده‌اند (۲۹). عباسی شوازی و همکاران نیز گزارش می‌کنند که اهدای گامت و جنین ممکن است منجر به ننگ اجتماعی در جامعه ایرانی شود. آن‌ها طی یک پژوهش کیفی و مصاحبه عمیق با ۳۰ زن نابارور گزارش دادند زنان نابارور در زمینه اهدا تخمک و جنین و نظر علمای مذهبی معمولاً اطلاعات ناچیزی داشته و اکثراً چنین درمان‌هایی را حرام و یا خلاف شرع می‌دانستند. این زنان از افشا شدن روش درمانی و اینکه دیگران فرزند آن‌ها را به‌عنوان فرزند بیولوژیکی نپذیرند، ترس و نگرانی داشتند (۳۰).

نتایج پژوهشی دیگر نیز موید این مطلب است. در یک مطالعه کیفی (۳۱) بین فرهنگی که به بررسی تجربه روان‌شناختی ناباروری در بین زنان پاکستانی و انگلیسی پرداخته شد مشخص گردید، اگرچه زنان نابارور در انگلستان و پاکستان تجربیات مشترک زیادی دارند، اما هر کدام از آن‌ها نیز چالش‌های منحصر به فردی را با توجه به زمینه‌های فرهنگی - اجتماعی حاکم بر جامعه خود تجربه می‌کنند. یک تفاوت واضح بین نمونه‌ها، تأثیر خانواده خود فرد و خانواده همسر بود. فشار اجتماعی خانواده گسترده، و به‌خصوص خانواده همسر، برای زنان پاکستانی بیشتر و شدیدتر از زنان بریتانیایی بود. به‌طوری که پژوهشگران گزارش کردند که به نظر می‌رسد ناباروری که یک تراژدی شخصی^۲ برای زنان در انگلستان است، تبدیل به یک

بیماری‌های قلبی، سرطان، فشارخون بالا و ویروس نقص ایمنی انسان (HIV)^۱ است (۲۵).

هرچند تحقیقات نشان می‌دهند هم مردان و هم زنان، به لحاظ عاطفی، هیجانی و اجتماعی تحت تأثیر مساله ناباروری قرار می‌گیرند، اما زنان در مقایسه با مردان، در موقعیت دشوارتری قرار می‌گیرند. علی‌رغم این‌که زنان و مردان، هر دو به یک میزان علت ناباروری می‌باشند (۲۶)، معمولاً زنان به‌عنوان فرد مقصر ناباروری شناخته می‌شوند. تمایز گذاشتن بین دو نوع ناباروری اولیه و ثانویه در علوم پزشکی با استفاده از توانایی زن در باردار شدن نیز جای بحث دارد؛ چراکه بر اساس این تقسیم‌بندی، مسئولیت ناباروری یک زوج فقط متوجه زنان و توانایی آنان در باردار شدن تعریف می‌شود (۲۷).

طبقه مزوسیستم به تأثیر ناباروری بر روابط اجتماعی زنان نابارور همچون ارتباط با همسر، ارتباط با خانواده و ارتباط با دوستان می‌پردازد. در این رابطه لازم به ذکر است که اهمیت این دسته ارتباطات تا بدان جایی است که می‌تواند چالش‌های طبقه میکروسیستم را نیز به شدت تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. به‌عنوان مثال، زن ناباروری که حمایت موثری از سوی اطرافیان خود دریافت می‌کند، شوک ناشی از تشخیص در او کاهش می‌یابد، نشانه‌های افسردگی کمتری از خود بروز می‌دهد، زودتر به مرحله پذیرش بیماری رسیده و وارد فرایند درمان می‌شود، همکاری بهتری با کادر درمانی دارد و مراحل درمان را با آسیب روان‌شناختی کمتری پشت سر می‌گذارد. در فرهنگ کنونی حاکم بر جامعه ما، خانواده‌ها، معمولاً به فاصله کمی پس از ازدواج، منتظر خبر فرزندآوری زوجین هستند، و هر گونه تأخیر در بارداری، هرچند که با توافق زن و شوهر با یکدیگر باشد، معمولاً موجب کنجکاو و نگرانی اطرافیان و فشار بر زوجین می‌شود. تحقیقات نیز نشان می‌دهند ۸۱/۳ درصد از زوجین نابارور ایرانی، مهم‌ترین مشکلی را که سبب افسردگی آن‌ها می‌شود، توصیه‌های خویشاوندان درباره ناباروری‌شان ذکر کردند (۲۸).

طبقه ماکروسیستم نیز به تأثیر ارزش‌ها، قوانین و سنت‌ها بر تجارب فردی زنان نابارور می‌پردازد و شامل سه زیرطبقه فرعی تأثیر جامعه و فرهنگ، تأثیر مذهب و تأثیر سیستم کلان اقتصادی می‌باشد. هرچند اثرگذاری فرد به صورت شخصی بر طبقات ماکروسیستم بسیار کم و ناچیز است، اما این طبقه می‌تواند به شدت دو طبقه اصلی دیگر، به نام مزوسیستم و میکروسیستم، را به شدت تحت تأثیر خود قرار دهد. به‌عنوان مثال، زن ناباروری که حمایت اجتماعی مناسب دریافت می‌کند، نگرانی بابت دریافت برچسب اجتماعی (استیگما) ندارد و یا دغدغه پرداخت هزینه‌های مالی

² personal tragedy

¹ Human Immunodeficiency Virus

یا ارتباطات اجتماعی گسترده‌تری همچون جمع دوستان نیز اثر بگذارد. افزون بر موارد گفته شده، قوانین، سنت‌ها و ارزش‌های حاکم بر جامعه ایرانی، علی‌رغم سودمندی در برخی از جهات همچون همدردی کردن با زنان نابارور و یا نقش مهم اعتقادات مذهبی در تسکین و کاهش رنج و آلام روحی این زنان، می‌تواند فشار روان-شناختی - اجتماعی وارده بر زنان نابارور را به جهت مقصر دانستن آن‌ها در فرایند ناباروری، احتمال ناپایداری ازدواج و چندهمسری، انگ و طرد اجتماعی، افزایش قابل توجهی دهد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز می‌توان به تمایل پایین زنان نابارور با سطح اجتماعی - اقتصادی پایین برای شرکت در پژوهش اشاره نمود. اگرچه بسیار تلاش شد تا نمونه انتخابی در این پژوهش، بیانگر تمام اقشار اجتماعی - اقتصادی موجود در جامعه حقیقی باشد.

به‌طور کلی، یافته‌های این پژوهش بر ضرورت حمایت تخصصی از زوجین نابارور، و به‌خصوص زنان، تاکید دارد. با توجه به گستردگی چالش‌های روان‌شناختی - اجتماعی ناباروری برای زنان ایرانی، و نیز نقش محوری مداخلات روان‌شناختی در افزایش احتمال اثربخشی درمان‌های کمک باروری و شانس بارداری زوجین نابارور از طریق مکانیسم کاهش استرس و اضطراب، هر یک از مضامین حاصل از این پژوهش، می‌تواند به‌عنوان یک هدف درمانی بالقوه در نظر گرفته شود. ضمن آن‌که، تاثیرگذاری بر طبقه ماکروسیستم، که خود دربرگیرنده طبقات میکرو و مزوسیستم می‌باشد، نیازمند برنامه‌ریزی‌های گسترده در سطح کلان اجتماعی و اقتصادی می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری تخصصی روانشناسی دانشجوی هانیه ظریف گلبار یزدی با کد طرح ۴۵۸۳۵ می‌باشد. بدین وسیله، از تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه و نیز پرسنل محترم مرکز تحقیقاتی - درمانی ناباروری میلاد مشهد تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

1. Astakhova O. Clinical characteristics of women with infertility and ovaricovaricocele. Reports of Vinnytsia National Medical University 2018;22(1):55-61.
2. Drosdzol A, Skrzypulec V. Depression and anxiety among Polish infertile couples—an evaluative prevalence study. J Psychosom Obstet Gynaecol 2009;30(1):11-20.

⁴ secularity

³ family tragedy

3. Daniluk JC. "If we had it to do over again...": Couples' reflections on their experiences of infertility treatments. *The Family Journal* 2001;9(2):122-33.
4. Ramadhona NH, Ginting A, Lunardhi H. Differences of Indirect MAR Test in the Unexplained Infertile and Fertile Couples. *Folia Medica Indonesiana* 2020;56(1):1-3.
5. Benksim A, Elkhoudri N, Addi RA, Baali A, Cherkaoui M. Difference between primary and secondary infertility in Morocco: frequencies and associated factors. *Int J Fertil Steril* 2018;12(2):142.
6. Vander Borcht M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical biochemistry* 2018;62:2-10.
7. Direkvand Moghadam A, Delpisheh A, Sayehmiri K. The Prevalence of Infertility in Iran, A Systematic Review. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014;16(81):1-7.
8. Noorbala A-A, Ramezanzadeh F, Abedi-Nia N, Naghizadeh MM, Haghollahi F. Prevalence of psychiatric disorders and types of personality in fertile and infertile women. *J Reprod Infertility* 2009;9(4):350-60.
9. Koert E, Takefman J, Boivin J. Fertility quality of life tool: update on research and practice considerations. *Hum Fertil (Camb)* 2019:1-13.
10. Zarif Golbar Yazdi H, Aghamohammadian Sharbaf H, Kareshki H, Amirian M. Infertility and Psychological and Social Health of Iranian Infertile Women: A Systematic Review. *Iran J Psychiatry* 2020;15(1):67-79.
11. Stellar C, Garcia-Moreno C, Temmerman M, van der Poel S. A systematic review and narrative report of the relationship between infertility, subfertility, and intimate partner violence. *Int J Gynaecol Obstet* 2016;133(1):3-8.
12. Ergin RN, Polat A, Kars B, Öztekin D, Sofuoğlu K, Çalıřkan E. Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish journal of obstetrics and gynecology* 2018;15(1):46.
13. Hasanpoor-Azghady SB, Simbar M, Abou Ali Vedadhir SAA, Amiri-Farahani L. The social construction of infertility among Iranian infertile women: a qualitative study. *J Reprod Infertility* 2019;20(3):178.
14. Omoaregba JO, James BO, Lawani AO, Morakinyo O. Psychosocial characteristics of female infertility in a tertiary health institution in Nigeria. *Annals of African Medicine* 2011;10(1):19-24.
15. Panahi A. A Look at the Benefits and Effects of Childbirth and Parenting on Religious Teachings with an Ethical Approach. *Research Quarterly in Islamic Ethics*. 2016;6(21):33-63.
16. Nagórska M, Bartosiewicz A, Obrzut B, Darmochwał-Kolarz D. Gender differences in the experience of infertility concerning polish couples: preliminary research. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(13):2337.
17. Soltani-Shal R, Azad Marzabadi E, Eskandari M. Psychopathological and Psychological Consequences of Navy Military Force's Jobs: A Qualitative Study. *J Mil Med* 2017;19(1):72-83.
18. Akbari M. Validation and Quality Assessment in QUAN, QUAL, and Mixed Method Research. *Methodology of Social Sciences and Humanities* 2018;24(94):23-45.
19. Danaiefard H, Emami SM. Strategies of Qualitative Research: A Reflection on Grounded Theory. *Sterategic Management Thought* 2008;1(2):69-97.
20. Bazargan A. *An Introduction to Qualitative and Mixed Methods Research*. Tehran: Didar; 2019.
21. Hanson B, Johnstone E, Dorais J, Silver B, Peterson CM, Hotaling J. Female infertility, infertility-associated diagnoses, and comorbidities: a review. *J Assist Reprod Genet* 2017;34(2):167-77.

22. Saleem S, Qureshi NS, Mahmood Z. Attachment, perceived social support and mental health problems in women with primary infertility. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2019;8(6):2534.
23. Bracewell-Milnes T, Ben-Nagi J, Thum M-Y. Psychological and interpersonal factors in preimplantation embryo assessment. *Human Embryos and Preimplantation Genetic Technologies*: Elsevier; 2019. p. 53-66.
24. Tarabusi M, Volpe A, Facchinetti F. Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004;25(3-4):273-9.
25. Grunberg PH, Dennis C-L, Da Costa D, Zelkowitz P. Infertility patients' need and preferences for online peer support. *Reproductive biomedicine & society online* 2018;6:80-9.
26. Çelik AS, Kirca N. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018;231:111-6.
27. Tabong PT-N, Adongo PB. Infertility and childlessness: a qualitative study of the experiences of infertile couples in Northern Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13(1):72.
28. Noorbala AA, Ramazanzadeh F, Malekafzali H, Abedinia N, Forooshani AR, Shariat M, et al. Effects of a psychological intervention on depression in infertile couples. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;101(3):248-52.
29. Inhorn MC, Tremayne S. Islam and assisted reproductive technologies: Sunni and Shia perspectives. *Berghahn Books*; 2012.
30. Abbasi-Shavazi M, Nasrabad HR, Behjati Ardakani Z, Akhondi M. Attitudes of infertile women towards gamete donation: a case study in Tehran. *J Reprod Infertil* 2006;7(2):139-49.
31. Batool SS, de Visser RO. Experiences of infertility in British and Pakistani women: a cross-cultural qualitative analysis. *Health care for women international* 2016;37(2):180-96.
32. Bai CF, Sun JW, Li J, Jing WH, Zhang XK, Zhang X, et al. Gender differences in factors associated with depression in infertility patients. *J Adv Nurs* 2019;75(12):3515-24.
33. Maleki-Saghooni N, Amirian M, Sadeghi R, Latifnejad Roudsari R. Effectiveness of infertility counseling on pregnancy rate in infertile patients undergoing assisted reproductive technologies: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Reproductive Biomedicine* 2017;15(7):391.
34. Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovgård NG, Ingerslev HJ, Zachariae R. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open* 2015;5(1):e006592.

PSYCHOSOCIAL CHALLENGES OF INFERTILITY FROM THE PERSPECTIVE OF IRANIAN WOMEN: A QUALITATIVE STUDY

Haniye Zarif Golbar Yazdi¹, Hamidreza Aghamohammadian Sharbaf^{2*}, Hossein Kareshki³, Malihe Amirian⁴

Received: 28 February, 2020; Accepted: 28 June, 2020

Abstract

Background & Aims: Although infertility is a medical condition, its dimensions and consequences go beyond the biological and physical realms and have psychosocial dimensions and consequences. This is especially important for women, given the socio-cultural requirements of Iranian society. The aim of the present study is to explore the psychosocial challenges of infertility from the perspective of Iranian women.

Materials & Methods: The present study is of qualitative type and based on grounded theory. Data were collected through in-depth interviews with 33 infertile women referred to Milad fertility clinic and health treatment Center in Mashhad. The process of collecting data continued until the theoretical saturation of the data. All interviews were recorded with the prior consent of the participants. The analysis of the present research data was performed by Strauss and Corbin method using MAXQDA software.

Results: Analysis of interviews with participants led to the emergence of three main classes of microsystem, mesosystem, and macrosystem and 12 sub-classes of emotional challenge, physical challenge, information challenge, relationship with spouse, relationship with family, relationship with family friends, the influence of society and culture, the influence of religion, and the influence of the macroeconomic system.

Conclusion: Diagnosis and treatment of infertility is a difficult experience for women. In addition to the personal challenges such as shock from diagnosis and depression, infertility affects social relationship with others such as spouse, family, and friends, as well as the worldview of infertile women. Each of these topics can be considered as a potential therapeutic goal and used to design therapeutic interventions.

Keywords: Infertility, Psychosocial Challenges, Qualitative, Grounded Theory

Address: Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Tel: +989153012560

Email: aghamohammadian@um.ac.ir

¹ PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

² Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran (Corresponding Author)

³ Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Women's Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran